

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° 102

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Félix OSTEN

Né à Krzczonow (Pologne) le 1^{er} Décembre 1865

ÉTUDE

SUR LES

RÉSULTATS OBTENUS PAR LA TÉNOTOMIE

DANS LES

TORTICOLIS MUSCULAIRES CHRONIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.
Juges : MM. } RICARD, professeur.
 } BROCA et WALTHER, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

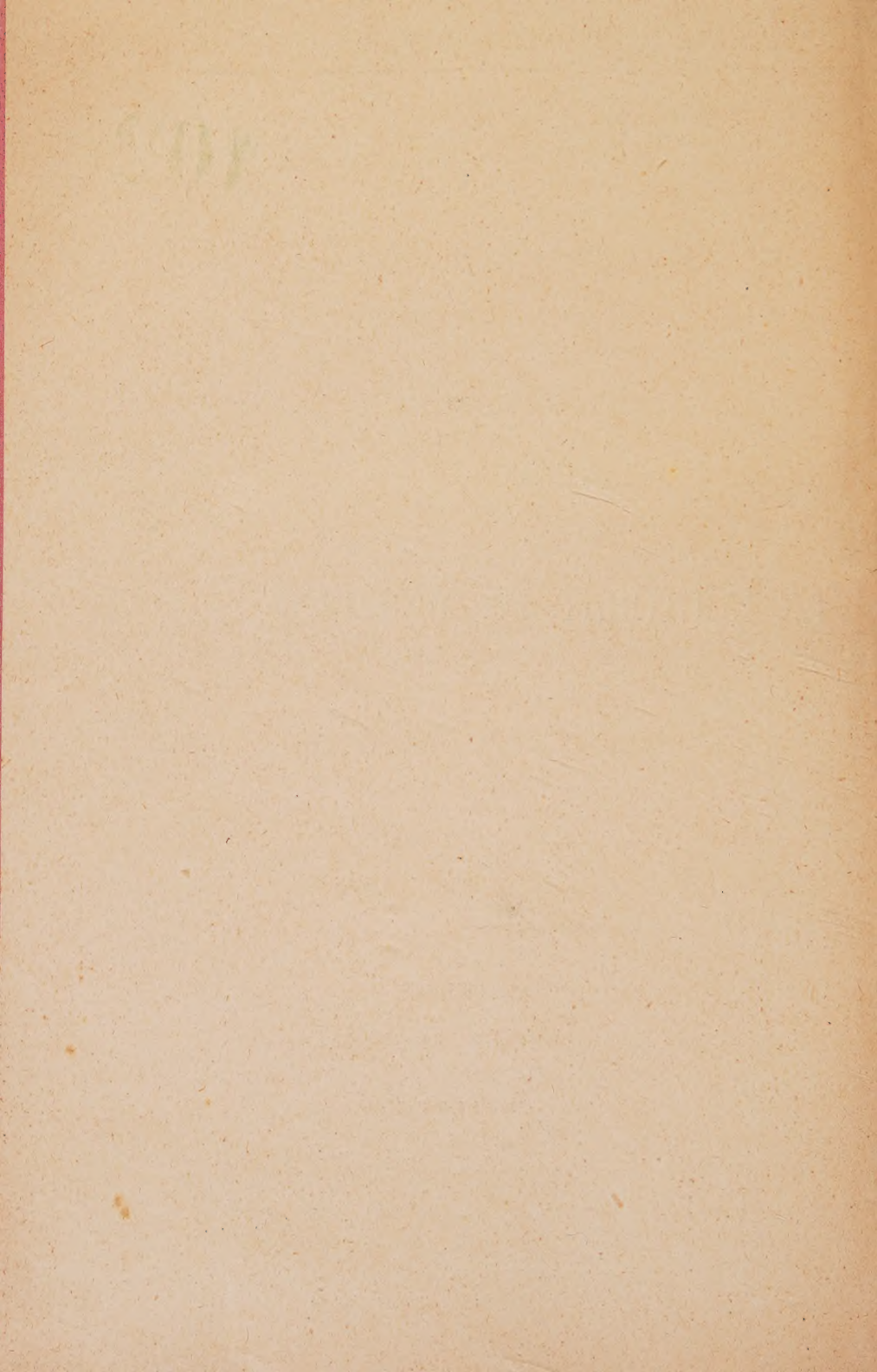
—
1896

102

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Félix OSTEN

Né à Krzczonow (Pologne) le 1^{er} Décembre 1865

ÉTUDE

SUR LES

RÉSULTATS OBTENUS PAR LA TÉNOTOMIE

DANS LES

TORTICOLIS MUSCULAIRES CHRONIQUES

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM.

{	RICARD, <i>professeur.</i>
	BROCA et WALTHER, <i>agréés.</i>

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ N.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'académie de médecine.

Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR A. BROCA

Professeur Agrégé de la Faculté de Paris.

Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

*Témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la Faculté de Médecine de Paris, cette enceinte où j'ai commencé et fini mes études médicales, je suis heureux que l'usage me permet ici de remercier publiquement M. Broca, professeur agrégé, chirurgien à l'hôpital Trousseau, du bon accueil que j'ai trouvé auprès de lui et à qui je dois le sujet de ma thèse.

J'adresse l'hommage de ma profonde reconnaissance à M. le professeur Tillaux pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

Je prie également mes maîtres dans les hôpitaux, MM. Schwartz, Pozzi, Bar, Jaccoud, Payrot, Barth, Du Castel, Gouguenheim et tout particulièrement M. le professeur Pinard de recevoir les remerciements de ma profonde gratitude.

M. le professeur Galezowski voudra bien accepter ma sincère reconnaissance pour le profit que j'ai pu retirer en suivant sa clinique.

I

Etiologie.

On comprend sous la dénomination de torticolis les inclinaisons vicieuses, permanentes ou intermittentes, de la tête sur l'une ou l'autre des régions latérales et supérieures du tronc, avec rotation plus ou moins prononcée de celle-ci.

Ainsi défini, le torticolis présente un si grand nombre de variétés qu'il me serait impossible d'en donner une description générale; je me bornerai donc à établir une division pour pouvoir étudier chacune des espèces de cet état morbide.

Les causes multiples du torticolis peuvent être divisées en : causes externes, causes de voisinage, causes d'origine osseuse, causes congénitales.

Les causes externes sont dues, dans la majorité des cas, à l'action du froid humide. En effet, son action prolongée provoque un véritable rhumatisme d'un ou plusieurs muscles du cou.

C'est généralement la nuit qu'a lieu cette action du froid sur les parties dénudées, et c'est le matin, au réveil, que le malade, en voulant tourner la tête, est brusquement gêné dans ses mouvements par la douleur plus ou moins aiguë; parfois aussi un simple courant d'air auquel on se sera exposé pendant le jour déterminera le même effet.

La cause de la déviation du cou peut également se produire sous l'influence prolongée et forcée des muscles ce que l'on désigne sous le nom de fausse position. D'autres causes qui peuvent engendrer cette affection sont les traumatismes intéressant directement les muscles. et le traumatisme indirect, telles que les piqûres de sangsues. Les brûlures ont été signalées comme cause du torticolis. Pour expliquer l'attitude anormale de la tête dans ces cas, il faut considérer deux choses: la brûlure agissant par le phénomène douleur et amenant l'inclinaison de la tête; et la brûlure cicatrisée agissant par les cicatrices.

On sait, en effet, que malgré le soin apporté immédiatement après l'accident pour maintenir la tête dans la rectitude, il y a toujours retour à la position anormale, après la guérison; dans la plupart des cas, les tentatives de traitement ne donnant pas de succès, on abandonne les malades à eux-mêmes et ils conservent leur difformité.

Les causes de voisinage sont les inflammations de toutes sortes, qu'elles soient primitives de secondaires,

aiguës ou chroniques, de causes internes ou externes : telles sont les myosites, les adénites, les angines, les phlegmons. On sait, en effet, que toutes les fois qu'une inflammation siège au voisinage d'un muscle, celui-ci se contracte et peut, au bout d'un certain temps, subir une dégénérescence fibreuse et des rétractions consécutives.

Lorsqu'il s'agit d'arthrite ou ostéo-arthrite vertébrale, les causes de l'affection sont multiples. Les lésions articulaires provoquent, en effet, toujours par elles-mêmes une attitude : des contractures musculaires de voisinages s'y joignent et la modifient, mais dans ce cas, le traitement doit avant tout s'occuper de l'état des articulations et de la colonne vertébrale.

Enfin, en dernier lieu, je dois mentionner le torticolis congénital, affection qui se montre au moment de la naissance. Cette variété a été mise en doute par nombre d'auteurs, qui, avec Stromeyer, pensent que l'affection n'est pas le résultat d'une lésion intra-utérine, d'un véritable vice de conformation analogue au pied-bot par exemple, mais qu'elle est due au traumatisme subi pendant les manœuvres de l'accouchement.

Pourtant des arguments en sa faveur sont néanmoins fournis par le professeur Petersen (Kirmisson. Leçons clin. sur maladies de l'appareil locom. Paris. 1890), qui rapporte deux observations au moment même de l'accouchement.

On a encore mentionné la position vicieuse du fœtus,

la pression anormale de la paroi utérine. Mais on a objecté à la congénitalité la constatation souvent tardive de la difformité et l'on a invoqué alors des lésions musculaires traumatiques provoquées par l'accouchement.

Pour expliquer la possibilité de l'existence de cette variété de torticolis déterminé par les manœuvres obstétricales on a incriminé soit l'application du forceps lésant le muscle ou son nerf, bien que le forceps ne soit pas appliqué sur le cou ; soit la rupture du muscle sterno-cléido-mastoïdien dans l'accouchement par le siège.

On a, en effet, observé que bon nombre des enfants atteints de torticolis sont nés en présentation du siège. Cette fréquence est démontrée par mes observations. D'autre part, on sait que la présentation du siège est la règle chez les enfants atteints de l'*hématome du sterno-mastoïdien*, et dans quelques cas on a suivi l'évolution de l'hématome au torticolis. Mais avant d'aller plus loin, je dois m'expliquer sur la production de l'hématome et son origine.

On rencontre parfois chez les nouveaux-nés une tumeur plus ou moins circonscrite, produite par un épanchement sanguin dans la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Désignée par certains auteurs sous le nom de myo-sclérose sterno-mastoïdienne, par d'autres (Bohn, Henoch) sous celui d'hématome du sterno-mastoïdien, cette tuméfaction serait mieux dénommée, d'après Tordeus, trachelhématome des nouveaux-nés. Elle est assez rarement observée, car, n'apportant aucun.

trouble fonctionnel appréciable, elle échappe généralement à la vigilance de la mère et à l'observation du médecin ; cependant, l'attention étant attirée sur ce point, il suffit d'examiner à cet égard un certain nombre de nouveau-nés pour la rencontrer plus souvent qu'on ne le supposait tout d'abord.

Le trachelhématome est déterminé par la rupture de quelques rameaux vasculaires situés dans les muscles du cou : aussi succède-t-il presque toujours aux difficultés d'un accouchement laborieux (1).

Pendant assez longtemps cette affection a été méconnue, et l'on a même incriminé la syphilis ; les recherches plus récentes, celles de Skrzeczka, Tordeus, Le Breton (thèse 1883, Paris) ont démontré la nature hémorragique de l'affection et tous ces auteurs s'accordent pour attribuer l'hématome à la rupture de quelques rameaux vasculaires à la fin des accouchements laborieux.

Pour Le Breton, les présentations du siège y prédisposeraient plus que les autres.

L'épanchement sanguin est, je crois, la lésion primordiale ; les altérations des muscles ne sont que consécutives.

Cette tumeur s'observe plus fréquemment à droite qu'à gauche.

Mais pourquoi le sterno-cl.-mastoiïdien du côté droit est plus souvent atteint que celui du côté gauche ? L'explication fort ingénieuse qu'en donnent MM. Blachet

(1) PAULET et BOUCHUT, t. II, p. 759.

et Planteau (*Gaz. hebd. et de chir.* Paris 1876, p. 305) mérite d'être reproduite en entier :

« Quand le corps est expulsé et que la tête reste dans l'extension, la face en arrière, le côté droit de l'enfant répond à la main droite de l'accoucheur placé en face de la femme ; celui-ci, soutenant le tronc avec la main gauche et l'avant-bras sur lequel est couché le corps de l'enfant, maintient le dos avec la main droite et exerce quelques tractions. Pour peu que la tête ne se dégage pas, l'indicateur de la main droite, introduit à la partie postérieure de la vulve, pénètre dans la bouche de l'enfant et accroche la mâchoire inférieure pour faire basculer le menton. Quand la manœuvre est faite par un accoucheur habile, les tiraillements exercés sur le sternomastoïdien sont sensiblement égaux ; mais si l'accoucheur est peu expérimenté, si, pressé de terminer l'accouchement, il cherche plutôt à entraîner la tête par des tractions énergiques qu'à la mettre dans la position la plus favorable du dégagement, il arrive nécessairement que les tractions exercées sur le corps prédomineront à droite et que le sternomastoïdien de ce côté sera particulièrement tirailé et meurtri ».

Pourtant le cas publié dans le n° 21, *Gaz. hebd.* (1876) ne semble pas répondre à cette opinion, puisque il s'agissait d'une présentation au sommet, et que la tumeur observée siégeait du côté gauche.

Il est certain que l'hématome qui se développe au bout de quelques jours ou quelques semaines après la

naissance par suite de la rupture obstétricale des rameaux vasculaires et des fibres musculaires du sterno-mastoïdien, ne provoque pas toujours le torticolis. On ne saurait donc généraliser cette théorie, car il y des cas où les hématomes se résorbent sans provoquer la moindre inclinaison de la tête. Et, comme preuve à l'appui, je dois citer un cas qui, grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Broca, m'a été donné observer.

OBSERVATION I

Deb... Clément, est venu en présentation du sommet. L'accouchement fut tellement laborieux que la sage-femme après une longue et vaine attente, jugea nécessaire d'envoyer chercher un médecin. Considérant l'état de l'enfant et de la mère très grave, le médecin appliqua le froceps et amena l'enfant bien vivant et bien portant.

Quelque temps après la naissance, la mère en faisant la toilette de son bébé s'aperçut d'une tumeur au cou du volume d'un œuf de perdrix. Inquiète de cet état de chose anormal, la mère conduisit le petit malade dans le service de M. Broca qui n'hésita pas à faire de la tumeur un hématome, sans d'autre complication bien entendu. Rassurée ainsi de la bénignité de l'affection, elle ne revient plus avec l'enfant à l'hôpital.

Le 17 janvier 1896, c'est-à-dire quelques mois après cet incident, je suis allé voir le petit malade et voici ce

que j'appris : depuis, me dit la mère, que mon enfant porte la tumeur au cou, il n'a jamais présenté aucune déviation de la tête et du cou.

Le seul phénomène qui existait pendant toute la durée de la maladie, c'est qu'il avait de la difficulté pour avaler. Actuellement vous voyez, que l'enfant porte sa tête très droite comme vous pouvez d'ailleurs vous en convaincre.

En effet, en palpant le sterno-mastoïdien je n'ai constaté aucune induration rappelant l'existence d'une tumeur. Les mouvements de la tête et du cou sont absolument libres. L'enfant porte sa tête droite.

Quant à cette sorte de dysphagie qui a disparu avec la résorption de la tumeur, peut-on l'attribuer à cet hématome ? C'est très possible.

Par contre, voici une autre observation qui m'a été obligeamment donnée par M. le professeur Pinard, observation où le torticollis chez un nouveau-né, est survenu à la suite du trachélohématome.

OBSERVATION II

Mme M..., primipare, âgée de 23 ans, bien conformée au point de vue du bassin est à terme le 15 août 1892.

Appelé près d'elle pour la première fois le 25 juillet, je constate une présentation du siège décomplété mode des fesses. La version par manœuvre externe tentée a plusieurs reprises ne peu être pratiquée en raison de la petite quantité de liquide amniotique et de la variété de la présentation.

Début du travail, 4 heure du matin le 15 août, à 4 heures du soir dilatation complète. Rupture artificielle des membranes et abaissement prophylactique du pied droit puis extraction en exerçant des tractions relativement faibles. Malgré cela, le périnée fut déchiré dans une étendue de 3 cent. Trois points de sutures immédiates. Réunion parfaite. Suite de couches absolument physiologiques.

L'enfant, du poids de 3,400 gr., se mit à crier aussitôt après la désobstruction des voies respiratoires. Mis au sein d'une nourrice le lendemain matin l'enfant se mit à téter aussitôt.

Le troisième jour, je m'aperçus que l'enfant inclinait sa tête à gauche. Examinant alors avec soin le cou, je reconnus au niveau du tiers inférieur du sterno-cléido-mastoïdien droit une tumeur mal délimitée de la grosseur d'une noisette. Les jours suivants les diminutions de la tumeur augmentèrent légèrement, en même temps que l'inclinaison de la tête sur l'épaule droite.

Les massages à l'aide de baume Nerval furent faits matin et soir. La tumeur diminue progressivement et au troisième mois il n'y avait plus d'hématome.

L'inclinaison persiste jusqu'à la fin de la première année.

Aujourd'hui l'enfant a 3 ans 1/2 ; il est vigoureux et la tête bien plantée au milieu des épaules.

M. le docteur Turquet, habitant Méry-sur-Seine (Aube), a eu la bonne complaisance de m'envoyer également, grâce à l'intervention de M. Pinard, un cas de torticollis consécutif à l'hématome.

OBSERVATION III

B..., Jeanne, née le 28 mai 1893.

L'accouchement s'est fait dans les conditions normales ; présentation du siège bien entendu ; l'expulsion de la tête a été faite, mais je dois dire que la parturiente n'était pas en travers du lit, dans la position obstétricale ; en sorte que j'ai pu être un peu gêné dans les manœuvres que j'ai employées pour extraire la tête : un doigt de la main droite introduit dans la bouche de l'enfant la main gauche faisant quelques tractions sur le tronc : bref, l'expulsion a été faite assez rapidement, d'ailleurs la tête était petite, l'enfant pesait 2 kilogr. 500.

8-10 jours après la naissance on s'aperçut que l'enfant présentait sur la partie latérale *gauche* du cou une grosseur, douloureuse au toucher, sans changement de coloration à la peau. Cette petite tumeur, grosse comme une noisette était située sur le trajet du sterno-mastoïdien gauche.

Un mois environ après la naissance on a commencé à s'apercevoir que l'enfant inclinait la tête du côté gauche ; le sterno-mastoïdien était contracturé et douloureux ; les mouvements imprimés à la tête étaient aussi douloureux, comme dans le torticollis. A ce moment M. Pinard vit l'enfant et nous fîmes le diagnostic d'hématome du sterno-mastoïdien, il prescrivit quelques frictions avec le baume nerval.

A mesure que l'enfant grandissait l'inclinaison de la tête du côté malade devenait plus accentuée et même inquiétait fort les parents qui craignaient que cette inclinaison de la tête ne restât.

L'état fut stationnaire pendant quelques mois et vers le

dixième mois environ l'inclinaison s'affaiblit sensiblement pour disparaître tout à fait.

Actuellement il ne reste plus de trace de l'affection, la grosseur a disparue, le muscle est souple et non douloureux, il n'y a plus la moindre inclinaison de la tête du côté gauche.

Il résulte de ces observations contradictoires que l'hématome n'est pas un agent étiologique constant des torticolis, mais que, par contre, il a quelquefois une influence sur sa production. J'ajouterai que tardivement, le 20 mai 1896, j'ai vu à la consultation de M. Broca, une fillette d'un mois, née par le siège, atteinte, sans trace d'hématome de sterno-mastoïdien, d'un torticolis gauche rapidement guéri par le massage.

II

Symptômes.

Le malade présente la déviation caractéristique du torticolis, c'est-à-dire inclinaison et rotation de la tête, mais presque toujours a lieu en même temps l'inclinaison de la région cervicale. Du côté où se fait l'inclinaison, le cou est concave, comme raccourci; quelque fois même, entre la tête et l'extrémité supérieure du tronc, il n'y a qu'un sillon profond où la peau forme plusieurs plis. Du côté opposé, au contraire, le cou est convexe, large; il semble plus long qu'à l'état normal; la peau est tendue, fortement appliquée sur les parties sous-jacentes. Les muscles contracturés font saillie sous la peau, ils sont tendus, durs, raccourcis; tandis que ceux situés sur le côté convexe tout aplatis, à peine sensibles au toucher et allongés.

Par la palpation, on sent la série des apophyses épineuses formant en arrière une ligne droite verticale, lorsqu'il y a simplement inclinaison de la tête; mais si la colonne cervicale est aussi inclinée, les apophyses forment une courbe à convexité dirigée dans le même

sens que la convexité du cou. D'un autre côté, les mouvements spontanés de la région cervicale sont plus ou moins abolis, les malades ne peuvent qu'incomplètement ou même ne peuvent pas du tout redresser la tête. Mais si, prenant la tête entre deux mains, on tente de la mettre droite, on voit les muscles se tendre davantage encore. Les mouvements que l'on fait alors exécuter au chef se passent dans les articulations des deux premières vertèbres et aussi un peu dans la colonne cervicale tout entière, quand celle-ci est inclinée.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de torticolis ancien, la déviation est souvent exagérée; aussi généralement, l'inclinaison et la rotation sont plus marquées que dans le torticolis récent. Dans ces cas encore, quand il s'agit de la contracture du sterno-cleïdo-mastoïdien, par exemple, l'épaule et la clavicule sont quelquefois contracturées par un mécanisme très facile à comprendre quand on songe aux usages de ce muscle.

Dans cette forme de torticolis, outre la déviation de son ensemble, la face présente une inégalité de développement de ses moitiés droite ou gauche, produite dans les cas de ce genre par une sorte d'atrophie ou d'arrêt de développement du côté affecté. Voici, à ce propos, comment s'exprime Dieffenbach dans son mémoire sur la section du sterno-cleïdo-mastoïdien dans le torticolis ; « J'ai observé l'obliquité de la face chez tous les sujets ; le côté de la contracture s'est toujours montré abaissé, le côté opposé plus élevé. Les

paupières, l'aile du nez, la commissure des lèvres, étaient comme attirées en bas ».

Enfin, au-dessous de l'inflexion de la région cervicale, la colonne dorsale et les dernières vertèbres cervicales en offrent une en sens contraire, résultat à peu près constant des lois de l'équilibre. P. Broca a montré que le crâne est également asymétrique. Une difformité, dit Depaul, (Thèse pour le Concours d'agr. 1844) n'est pas la seule conséquence de la rétraction permanente du sterno-mastoïdien. Les fonctions de quelques-uns des organes, placés à la tête ou du cou, peuvent être troublées à des degrés forts différents. Les yeux, par exemple, perdant leur situation horizontale et n'ayant plus leurs axes dans la même direction, commencent à voir avec moins de netteté; bientôt la confusion des images devient assez grande pour que les malades ne puissent plus se livrer à leurs occupations habituelles. On a même pensé que le strabisme pourrait se produire sous l'influence de semblables conditions.

En effet, le docteur Landolt (Bulletin méd. 1890, p. 573), signale deux cas de torticolis qui amènent des troubles oculaires : le premier cas était accompagné de paralysie de l'oblique supérieur gauche ; le second de paralysie du nerf pathétique. Mais les parents des deux malades refusant l'intervention chirurgicale, on n'a pas pu établir la relation causale. L'affection des deux malades remontait aux premières années de leur vie.

Les mouvements de larynx peuvent être aussi plus

ou moins troublés ; le plus ordinairement cependant, la parole n'est pas modifiée, et c'est principalement dans les efforts de la voix, comme dans le chant, qu'on observe des changements remarquables et quelquefois une impuissance presque complète.

La description que je viens de donner s'applique surtout au torticolis permanent, qui constitue la forme la plus commune. Mais il en existe une autre qu'il importe de ne pas négliger, car si elle diffère de la précédente par les caractères, elle n'en réclame pas moins la section du muscle affecté dans un assez grand nombre de cas : Cette forme est le torticolis, intermittent dont les accès peuvent se reproduire à des intervalles plus ou moins rapprochés, et avec une irrégularité plus ou moins grande. Ainsi on trouve dans l'ouvrage de Boyer une observation de Meibomus, dans laquelle on voit qu'un Tyrolien était pris d'obstipité chaque fois qu'il se mettait à table. Meibomus s'assura que ce n'était pas l'action de manger qui déterminait le retour de l'accès ; car, quand le malade changeait l'heure des repas, il n'éprouvait rien de semblable, et l'accès reparaisait cependant à l'heure accoutumée.

M. le docteur Simon (*Maladies des enfants* t. I. p. 182). cite également un cas de torticolis intermittent de cause paludéenne : Voici ce que raconte la mère de l'enfant atteint de cette affection : « Mon enfant, dit la mère, est atteint de torticolis, depuis 11 heures seulement. Comme il est une heure et demie en ce moment, il y a

donc deux heures que cela dure. Ce torticolis lui revient tous les jours à peu près à la même heure, et l'enfant reprend à peu près sa gaieté et son entrain habituels. Toutefois il jouit d'un moins bon appétit, il maigrit, pâlit et je soupçonne fort qu'il a besoin de sulfate de quinine et qu'à Bukarest, son pays natal, cet enfant, âgé de 4 ans aujourd'hui, a été souvent atteint de fièvre palustre. Le docteur Simon lui administra du sulfate de quinine et l'enfant a guéri ».

Dans un autre cas, Renouard signale dans la Revue médicale, 1852, t. I, page 573, un exemple de torticolis intermittent par contraction du sterno-mastoïdien survenant régulièrement, tous les jours, à la même heure, et traité avec succès par le sulfate de quinine.

III

Diagnostic différentiel.

J'aborde maintenant l'étude des affections qui peuvent être confondues avec le torticollis musculaire.

Lorsque le chirurgien se trouve en face d'un malade atteint de torticollis, la première question à étudier pour lui est celle de savoir à quelle variété de torticollis a-t-il affaire.

Se trouve-t-il en présence d'un torticollis musculaire ou d'un torticollis d'origine osseuse?

Le torticollis musculaire est généralement le plus commun, il n'affecte dans la grande majorité de cas qu'un seul muscle, le sterno-cléïdo-mastoïdien. Ses causes sont nombreuses. Le rhumatisme articulaire aigu est une des plus fréquentes ; on trouve alors de la rougeur et de la chaleur de la peau ; le muscle atteint est douloureux et il existe souvent en même temps d'autres manifestations rhumatismales, fièvre, etc. Or, l'apyrexie est un des caractères principaux du spasme fonctionnel. Si le torticollis rhumatismal est chroni-

que, le diagnostic sera plus difficile, mais la marche de la maladie et les anamnestiques de toute nature éclaireront suffisamment pour ne laisser aucun doute dans l'esprit du chirurgien. Quant au torticolis osseux qui s'accompagne de symptômes encore plus nets et d'une constatation aussi facile : le malade est-il porteur d'un mal de Pott cervical, on pourra apercevoir quelquefois de la rougeur de la peau ; dans tous les cas, il y aura de la douleur à la pression, un gonflement souvent assez considérable au niveau des vertèbres malades, qui elles-mêmes seront parfois déviées de leur position normale. Le patient porte la tête sur son épaule pour éviter des douleurs trop forte au début, puis le muscle s'atrophie, le mal est presque irrémédiable. Aussi, je puis dire, en passant, le médecin prévenu doit-il employer tous les moyens nécessaires pour empêcher le malade de prendre une position vicieuse, très incommode plus tard si le traitement général est suivi de succès.

En résumé, dans le torticolis datant déjà depuis quelque temps, la rétraction musculaire s'oppose toujours au redressement de la tête, mais on peut augmenter l'inclinaison latérale.

D'autres signes, tels que vertiges, étourdissements, etc., signalés dans le torticolis osseux ou articulaire font complètement défaut dans le torticolis musculaire.

Enfin, lorsque la déviation survient brusquement, la cause est d'origine musculaire : quand il y a eu des douleurs vives, accompagnées d'une arthrite, une adé-

nite ou un phlegmon ; quand il y a des douleurs sourdes accompagnées d'une évolution lente, la lésion a succédé à une affection osseuse ou une arthrite tuberculeuse.

Il est encore bon nombre de maladies qui peuvent simuler, par leurs manifestations, la contracture musculaire du cou, les névroses convulsives, chorée, hystérie, etc., provoquent souvent des spasmes musculaires ; dans ces cas particuliers, l'administration du chloroforme est un moyen précieux de diagnostic, mais on a en outre, pour s'éclairer sur la nature de l'affection, les autres symptômes des névroses.

S'agit-il d'une chorée, l'incoordinance des mouvements sera une donnée suffisante pour faire exclure l'idée de torticolis musculaire. Dans l'hystérie, le plus souvent on trouvera de l'anesthésie des muscles contracturés, des troubles de la sensibilité générale, la boule hystérique, la douleur des ovaires, etc.

Il résulte de ce rapide exposé des affections avec lesquelles on pourrait confondre le torticolis, que si le médecin a soin de bien examiner l'ensemble des phénomènes que présente le malade, et interroger celui-ci sur la marche de la maladie dont il est atteint, il lui sera très facile, dans la majorité des cas, de porter un diagnostic sûr et raisonné.

IV

Pronostic

Le pronostic du torticolis musculaire est essentiellement bénin mais à cause de la gêne fonctionnelle des mouvements de la tête, à cause des troubles de la vision qu'il provoque, à cause de l'expression particulière qu'il imprime à la physionomie, et de la déformation fâcheuse de la colonne vertébrale et du thorax, c'est une affection qui ne doit jamais être abandonnée à elle-même. On doit donc intervenir, et cette intervention qui est absolument inoffensive doit avoir lieu le plus tôt possible, sous peine d'être nulle, par suite des transformations infligées aux divers organes par une attitude vicieuse prolongée.

V

Conséquences

L'inclinaison permanente de la tête et de la région cervicale a pour premier effet de distendre certains organes et d'en distendre d'autres dans le relâchement. En même temps, les mouvements sont abolis soit en totalité, soit en partie. Cette absence de mouvements parfois très longue a pour conséquence l'atrophie des muscles ; chaque faisceau contractile diminue alors de volume soit en épaisseur, soit en longueur ; la fibre pâlit et s'amincit.

Quelquefois à mesure que ces phénomènes ont lieu, un phénomène inverse se produit, et à la fibre musculaire se substitue le vésicule adipeux ; mais d'autres fois cette substitution de tissu graisseux ne se fait pas, et si tout le tissu musculaire vient à disparaître, il ne reste que le tissu fibro-celluleux qui fait partie du muscle, la charpente fibreuse des muscles.

Les muscles distendus et ceux qui sont relâchés diminuent de volume, mais inégalement ; ces derniers,

comme je l'ai déjà dit, peuvent perdre toute apparence musculaire. Ces altérations du côté de l'inclinaison, quoique plus marquées dans les muscles contractés affectent néanmoins les autres muscles qui se raccourcissent comme pour s'adapter aux nouvelles positions des différentes parties de squelette.

L'atrophie surprenant le muscle dans cet état de raccourcissement, s'oppose plus tard à l'extension et constitue la rétraction musculaire. C'est dans des cas semblables qu'une intervention tardive pourra n'être suivie d'aucun résultat.

De l'inclinaison permanente peut aussi résulter une conséquence fâcheuse pour les ligaments, pour les os.

Les ligaments, d'abord distendus d'un côté et relâchés de l'autre, finissent par se rétracter et plus tard ils ajouteraient leur résistance à celle des muscles.

Les os soumis d'un côté à une pression exagérée et permanente peuvent s'affaïsser et de ce côté il peut se produire à la longue un arrêt de développement.

C'est à ces causes ainsi qu'aux compressions des vaisseaux que l'on doit attribuer certains cas d'arrêt de développement, soit des os de la face, soit des os du crâne. Cette asymétrie, d'après Broca, peut s'étendre également au cerveau et M. de Saint-Germain, qui a trouvé en général très arriérés les enfants atteints de torticolis congénital, partage cette opinion.

VI

Opinions contradictoires des auteurs.

Je vais parler dans ce chapitre des discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie le 25 juin et le 2 juillet 1890, au sujet du traitement du torticolis par la ténatomie.

Les nombreux chirurgiens qui prirent part à cette discussion, les uns, avec M. le professeur Tillaux, sont pour la ténatomie sous-cutanée ; d'autres, au contraire, sont plus partisans de la ténatomie à ciel ouvert.

Les opérateurs du premier groupe prétendent qu'il n'est pas nécessaire de recourir à un nouveau procédé de la ténatomie et disent que, malgré la confiance que donnent les moyens antiseptiques, on n'a rien à gagner à abandonner, même dans certains cas difficiles, le procédé sous-cutané. Malgré, disent-ils, toute la méthode antiseptique, l'usage de la ténatomie à ciel ouvert ne peut empêcher ni même faire disparaître la formation de la cicatrice toujours disgracieuse, cicatrice qui peut même devenir difforme dans la suite. — Voilà le

principale argument fourni par ces chirurgiens contre la méthode à ciel ouvert.

Pour d'autres chirurgiens, la ténotomie en général et surtout celle du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien doit dans tous les cas être pratiquée à ciel ouvert. Lucas Championnière étant un des promoteurs de cette méthode, dit : maintenant que nous sommes en possession des moyens antiseptiques, le procédé de la ténotomie sous-cutanée n'a plus de raison d'être. Pour ce chirurgien, on ne peut être jamais assez sûr de ne pas blesser quelque vaisseau, quelle que soit l'habileté dans le maniment du ténotome de la part de l'opérateur. Quénu cite en effet un cas où malgré la ténotomie à ciel ouvert, il ne put éviter une veine assez volumineuse et il avoue que cet accident n'est pas bénin dans la ténotomie sous-cutanée à cause de la difficulté d'aller pincer la veine blessée et d'en faire la ligature.

En raison des complications fréquemment observées par un grand nombre de chirurgiens que je signalerai dans les chapitres suivants, il me semble que la méthode à ciel ouvert doit être préférée à celle qui est sous-cutanée, bien que cette dernière ne laisse pas de cicatrice. C'est l'opinion de Kirmisson, de Berger, de A. Broca et d'autres chirurgiens éminents.

En quoi consiste, d'après certains chirurgiens, les inconvénients de la ténotomie à ciel ouvert ?

On reproche à cette méthode la nécessité de l'emploi du chloroforme ; mais M. de Saint-Germain, M. Broca

recommandent l'anesthésie dans le procédé sous-cutané.

On serait forcé dans la ténotomie à ciel ouvert de se soumettre à toutes les exigences de l'antisepsie ; mais, comme le dit fort bien Phocas (Gazette des Hôpitaux), 23 octobre 1890), quel est donc le chirurgien qui ne comporte pas de même quand il pratique une ténotomie sous-cutanée ? Ne recours-t-on pas dans les deux cas aux pansements antiseptiques ? Quelle soit cutanée ou à ciel ouvert, la ténotomie doit toujours être pratiquée suivant les règles de l'antisepsie.

J'aborde maintenant, passant sous le silence, la suppuration qui ne doit pas exister si l'opération a été faite antiseptiquement, la question de la cicatrice.

En la comparant à la persistance de l'attitude vicieuse de la tête, puisque on n'arrive pas toujours à une rectitude complète par le procédé sous-cutané, la cicatrice résultant de la ténotomie à ciel ouvert est minime. En effet, j'ai eu, grâce à l'extrême obligeance de M. Broca chirurgien à l'hôpital Trousseau, l'occasion d'examiner un certain nombre d'enfants dont un seul présentait une cicatrice bien visible ; les autres ne portaient qu'une marque longitudinale à peine visible.

Quant aux résultats de l'opération elle-même et du traitement orthopédique, la méthode à ciel ouvert, loin d'être inférieure à la ténotomie sous-cutanée, me semble comme je l'ai déjà dit, bien supérieure.

Qu'il s'agisse du procédé sous-cutané ou de celui à

ciel ouvert, la réunion de la plaie dans les deux cas, se fait au bout de deux ou trois jours. Mais ce qu'il est important de savoir c'est que le redressement complet de la tête ne s'obtient pas d'une façon égale dans ces deux procédés. En effet, dans le premier cas, le chirurgien peut immédiatement, après l'opération, suivant la méthode à ciel ouvert ramener la tête dans sa position normale, tandis qu'après l'opération sous-cutanée, il n'en est pas toujours de même.

La méthode à ciel ouvert qui tout en abrégant le traitement orthopédique d'une façon très sensible peut même dispenser certains malades ayant subis cette opération de porter des appareils de contension.

Cette pratique cependant ne doit pas en général être suivie. Je pense au contraire, que toujours on doit faire porter au malade opéré un appareil maintenant la tête dans la position diamétralement opposée à celle qu'elle avait avant l'opération.

Quelle est la durée du port de l'appareil ?

Elle dépend des conditions variant avec chaque individu. D'une façon générale il doit être porté même un certain temps après avoir obtenu une attitude physiologique de la tête, du cou. Mais il y a des cas où le redressement complet est impossible à obtenir à cause des déformations parfois assez accusées de la colonne vertébrale. D'où cette indication : intervenir le plus tôt possible.

Pour résumer les indications qui découlent des di-

verses considérations qui précèdent, je suppose un enfant atteint de torticolis musculaire ancien nécessitant la tenotomie. A quelle variété de procédé aurait eu recours un chirurgien dans ce cas ?

Si la rétraction porte sur le chef sternal seul, je pense qu'on doit donner la préférence à la méthode sous-cutanée, surtout si ce faisceau est très saillant et si l'on ne suppose pas l'existence d'aucune adhérence. Cependant si l'enfant présente un développement du système adipeux considérable qui masque plus ou moins le relief du chef sternal, ou s'il a le cou relativement court, si les veines sous-cutanées sont très développées, dans ce cas, je crois qu'il est préférable de recourir à la méthode à ciel ouvert. Le chef claviculaire, en effet, faisant rarement sous la peau une saillie bien marquée, il en résulte qu'à la vue il est quelquefois peu appréciable et que par le palper il ne se reconnaît que par la résistance de son bord externe limitant le creux sus-claviculaire.

Tout ces détails deviennent encore moins visibles si l'enfant présente le cou peu développé et que la peau est recouverte par une couche plus ou moins épaisse de tissus cellulo-adipeux. Le chirurgien ne doit plus hésiter surtout dans le choix de la ténotomie à ciel ouvert lorsqu'il constate nettement la participation du chef claviculaire. Et quand on opère de préférence à ciel ouvert, on arrive à constater que la rétraction

de ce chef est bien plus fréquente qu'il n'a été pendant longtemps classique de le déclarer.

Il me reste encore à discuter une dernière question qui au point de vue esthétique a préoccupé bien des opérateurs distingués ; je vais parler de la cicatrice

La méthode à ciel ouvert doit-elle être pratiquée chez une fillette ? En pareille circonstance le chirurgien doit, tout naturellement, tenir compte des diverses conditions sociales dans lesquelles se trouve l'enfant. Si la petite malade présente des prédispositions toutes particulières et que par suite ses parents veulent lui faire embrasser une carrière nécessitant plus tard de porter une toilette décollée, il est évident que le chirurgien serait peut-être moins autorisé de recourir au procédé à ciel ouvert à moins que la difformité est telle ou que le procédé sous-cutané est jugé insuffisant.

Et d'ailleurs doit-on reculer devant une cicatrice qui, vraiment, est très peu marquée si l'opération est faite d'après les conditions bien antiseptiques et surtout sans emploi de drains ? Je ne le crois point, car j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre d'enfants qui ont été opérés par M. Broca suivant la méthode à ciel ouvert et tous ne portaient qu'une marque presque invisible.

En terminant ce chapitre, j'ajouterai que la ténotomie à ciel ouvert ne demandant pas de connaissances anatomiques bien approfondies est une opération à la

portée de tout chirurgien si peut qu'il soit habile dans le maniement du bistouri. Elle doit donc occuper le premier rang parmi les procédés opératoires généralement admis

VII

Déductions thérapeutiques.

Je n'ai point la prétention de décrire, dans ce chapitre, tous les détails que comporte le traitement du torticolis par la ténatomie, car ce serait empiéter sur le terrain qui ne m'appartient pas ; mais je dois cependant dire quelques mots sur son historique, signaler les avantages et les inconvénients qui résultent soit du procédé sous-cutané à ciel ouvert, citer quelques procédés opératoires, et enfin faire ressortir l'opportunité du traitement consécutif.

Telle sera ma ligne de conduite dans ce chapitre.

Mais avant d'aborder l'historique de la ténatomie, je vais énumérer succinctement la plupart des moyens thérapeutiques qui ont été préconisés dans cette affection.

Dans le torticolis aigu, il importe de recourir à la chaleur, aux émissions sanguines, aux frictions opiacées, à la teinture d'iode, aux sinapismes. Ce traitement médi-

cal amènera souvent la résolution complète de la maladie.

Si malgré les soins les plus actifs, l'affection se prolongeant, passait à l'état chronique, l'emploi des appareils orthopédiques, le massage, pourront produire quelques succès. Mais l'expérience, apprend qu'il ne faut pas fonder de biens grandes espérances sur ces moyens. La section seule du muscle affecté est le traitement par excellence.

Un grand nombre d'ouvrages, appartenant à la littérature médicale, montre que la ténotomie à ciel ouvert était pratiquée bien avant la ténotomie sous-cutanée. En effet, d'après Tulpius, cette opération aurait été pratiquée avec succès de 1685 par Isacius Minnius. Un cas est cité par Joba Mekren (*Obs. med. chir. cap. XXXIII, Amsterdam 1862*) ; deux autres sont relatés par Roonyhysen (*Historiche Heilcuren, Nurenberg 1674*). Mais la crainte d'accidents graves à la suite de la section des tendons empêcha les chirurgiens de ne pas imiter ces exemples. Aussi, pour éviter probablement les complications consécutives, Dupuytren, en 1822, imagina, sans le savoir, le procédé sous-cutané, suivi en 1816 par Delpeche, dans le tendon d'Achille, chez un enfant atteint de pied-bot. (*Delpeche, chir. clin. t. I, p. 184. Montpellier, 1823*).

Mais, aujourd'hui, grâce aux moyens antiseptiques, on revient du procédé primitif, à ciel ouvert car il a l'immense avantage de permettre au chirurgien de voir

ce qu'il fait au fond de la plaie, et de la section, en cas de besoin, toutes les brides fibreuses qui s'opposeraient au redressement de la tête. Actuellement, ces deux méthodes sont aussi fréquemment employées l'une que l'autre.

Bien que la ténotomie sous-cutanée soit une opération relativement bénigne, il n'en est pas moins vrai que les chirurgiens ont pu constater parfois des complications fâcheuses.

Depuis Dieffenbach, la plupart des auteurs qui se sont occupés du traitement des torticolis, ont signalé des accidents consécutifs, et il n'est peut-être pas de chirurgien, qui, ayant pratiqué un certain nombre de ténotomie sous-cutanées de sterno-cléïdo-mastoïdien, n'en ait pas constaté quelques-uns si petits qu'il soient.

Sans dire que ces accidents peuvent présenter une gravité considérable, ils ont dû reconnaître qu'il étaient possibles et Dubreuil (élément d'orthopédie) et de Saint-Germain (chir. orth. 1883) avouent qu'il n'est pas toujours possible d'éviter la blessure des veines jugulaires.

Généralement ce sont les veines jugulaires superficielles qui ont été affectées; pourtant Volkmann (*Centralblatt für. Chir.* 1885, p. 233), voulant sectionner des brides profondes dans le cours d'une ténotomie sous-cutanée, blessa la veine jugulaire interne, sans cependant qu'il eut aucune suite fâcheuse. Cette blessure ont pu, dans quelques cas, donner lieu à une

hémorrhagie abondante (Gunter. *Lohre von den blutigenoper. Abtheil.* V. p. 16), mais elle a pu presque toujours être arrêtée par la compression.

J. Guérin (*Gaz. méd.*, Paris. 1839), en opérant un jeune homme, a pu observer des accidents dûs à la pénétration de l'air dans les veines sans d'autres troubles graves consécutifs.

D'autres complications ont été assez fréquemment signalées, notamment celle qui est citée par Robert : la veine jugulaire externe fut blessée, une phlébite s'ensuivit, et le malade mourut d'une infection purulente. Mais grâce aux moyens antiseptiques dont tout chirurgien peut disposer aujourd'hui, un tel accident, il faut l'espérer, ne se reproduira peut-être jamais.

On a également observé comme complications, des spasmes nerveux et une toux opiniâtre à la suite du procédé sous-cutané. Enfin, il arrive parfois que le redressement de la tête est incomplet par suite de l'existence de brides fibreuses ou de la section incomplète du tendon.

J. Guérin (Mém. sur torticolis ancien et trait. par sect. du 1^{er} mast. 1840), parle d'une fillette de 8 ans, qui fut opérée à deux reprises différentes et dont le redressement de la tête n'a jamais été complet.

En 1871 (Société de chirurgie, 1872), dans une petite opération complémentaire d'ablation de tumeur du cou, le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, un malade succomba tout à coup. L'autopsie montre

la section oblique d'une *petite veine* se rendant à la jugulaire externe renfermant un caillot segmenté de bulles d'air.

En face de tels accidents et ayant présent à l'esprit l'impossibilité de prévoir à travers la peau la disposition capricieuse, bizarre des veines superficielles de la région du cou, comme le démontrent d'ailleurs les figures schématiques que l'on trouve dans le travail fort intéressant fait par le docteur P.-E.-M. Duval (de la section à ciel ouvert du sterno-cléïdo-mastoïdien, 1892), peut-on hésiter un seul instant dans le choix du procédé à ciel ouvert ?

La méthode sous-cutanée a été longtemps une des opérations privilégiées. Mais la chirurgie moderne, ne redoutant plus les plaies opératoires et leur conséquence, n'a pas accepté en bloc cette méthode qui, d'après le professeur Charon (*Chir. infantile*, p. 21, 1895), de Bruxelles, tend de plus en plus à disparaître devant le procédé à ciel ouvert, véritable procédé de choix, quand il s'agit d'aller porter le ténotome dans des régions traversées par des organes qu'il importe de ne pas léser.

La méthode nouvelle, dit cet auteur, a sur l'ancienne l'avantage de la sécurité, de plus elle est efficace et radicale, car elle permet de sectionner, en voyant, non seulement le tendon mais les brides aponévrotiques du voisinage, obstacles très fréquents au redressement.

C'est précisément en comparant les avantages et les

inconvenients entre ces deux méthodes que certains chirurgiens donnent la préférence à la ténotomie à ciel ouvert.

Le professeur Volkmann est le premier qui, en 1885, préconisa de nouveau la section à ciel ouvert du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Ce distingué chirurgien dit avoir eu (Centr. bl. 1885 n° 7), en six années l'occasion de faire une dizaine de fois des recherches anatomiques concernant le torticollis congénital. Il a fait, l'étude hystologique en pratiquant dans des cas difficiles une véritable autopsie sur les vivants : « J'avais été mécontent, ajoute-t-il, dans un certain nombre de cas particulièrement graves, des résultats que m'avait fournis la myotomie sous-cutanée. Après la section transversale du muscle, il se présentait donc un plan profond des brides nouvelles qui s'opposaient à ce que la tête fût mise en position droite. Il fallait de nouveau, à plusieurs reprises recourir à l'instrument tranchant. Une fois même, voulant sectionner des brides profondément situées, je blessai *la veine jugulaire interne* ; cet accident, je dois le dire, n'eut pas de suite fâcheuses : un bandage compressif suffit à arrêter l'hémorragie. D'autres fois, malgré l'introduction répétée du ténotome et des sections multipliées, les extrémités musculaires ne s'écartèrent que dans une faible mesure. C'est pourquoi dans certains cas difficiles, et d'une façon presque exclusive chez les garçons, je mets le muscle à nu par une large incision.

Le résultat de la section à ciel ouvert de sterno-cléido-mastoïdien fut dans tous les cas excellent. La cicatrisation de la plaie chez les garçons soumis à l'opération fut obtenue constamment par première intention. La déformation fut corrigée d'une manière très prompte, grâce à l'extension pratiquée au moyen du poids.

Ce traitement consécutif fut d'une durée relativement courte. Un des opérés, chez lequel l'inclinaison de la tête était si considérable que j'avais cru devoir faire au père des réserves sur la possibilité de la guérison complète, est actuellement un officier des plus actifs. Je suis donc en droit de préconiser cette méthode pour les cas graves ».

Depuis cette publication, beaucoup de chirurgiens, tant à l'étranger qu'en France, ont adopté le bistouri dans le torticollis musculaire.

Les premiers adeptes de la la ténatomie à ciel ouvert à l'étranger sont : Lorenz, Heincke, Billroth, Bradefort, Keetly : en France, au tout premier rang, Kirmisson, qui, en 1889, rapporta à la société de chirurgie un cas d'un petit malade opéré des 2 chefs sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien.

M. Jalaguier déclare avoir opéré 6 fois sur le muscle sterno-mastoïdien et dans un sixième cas, il lui était impossible d'achever l'opération par le procédé sous-cutané, et il fut obligé de recourir à la ténatomie à ciel ouvert.

M. Lannelongue opéra un cas également difficile avec succès.

M. Lucas Championnière dit que la méthode à ciel ouvert étant d'une exécution bien plus certaine, le procédé sous-cutané, n'a pas raison d'être.

Enfin d'autres chirurgiens éminents tels, que Broca, Berger, Quénu, Vincent, Phocas, Grosse, Piechaud, etc., sont également partisans de la section à ciel ouvert

Après avoir décrit les avantages et les inconvénients que l'on peut observer à la suite de procédé de Dupuytren, la méthode du professeur Volkmann présente des avantages incontestables dans certains cas, à savoir :

Que le chirurgien risque bien moins de léser soit le nerf diaphragmatique, soit quelque tronc veineux.

Qu'en présence de tous les moyens antiseptiques que l'opérateur peut disposer, la suppuration possible après la ténotomie à ciel ouvert n'est plus à craindre.

Que la méthode préconisée par Volkmann présente un avantage des plus importants au point de vue de la facilité qu'elle offre de sectionner complètement et surtout avec toute la sécurité les brides fibreuses subsistant parfois après le procédé sous-cutané.

Que la cicatrice, d'après les observations que l'on a pu juger, est, en dehors de la suppuration, absolument linéaire et ne constitue certainement pas une marque appréciable, bien que celle qui est consécutive à la ténotomie sous-cutanée soit moins visible. Mais en

présence des accidents précités, doit-on préférer la méthode de Dupuytren pour éviter cette petite cicatrice linéaire? Je ne le crois pas.

Que la guérison définitive qui exige le traitement orthopédique est bien moins longue à la suite de la ténotomie à ciel ouvert, contrairement à ce que l'on observe après le procédé de Dupuytren.

Le résumé des indications qui se déduisent des considérations déjà mentionnées est le suivant :

La ténotomie à ciel ouvert doit être pratiqué dans le cas de torticolis très ancien ou congénital, car c'est dans ce dernier cas surtout que l'on rencontre des brides fibreuses sous-jacentes au muscle rétracté, et dont la section sous-cutanée, faite pour ainsi dire à l'aveugle, ne serait pas à l'abris de sérieux dangers.

On donnera la préférence à la méthode à ciel ouvert chez les garçons plutôt que chez les filles à cause de la cicatrice consécutive, qui, si l'on observe bien les conditions antiseptiques, de façon à éviter toute suppuration, est à peine visible et d'ordre secondaire.

Si après une ténotomie sous-cutanée, il existe des brides qui s'opposent au redressement de la tête, il serait imprudent de les attaquer à l'aide du ténotome introduit jusqu'au voisinage des vaisseaux et des nerfs du cou. Dans ce cas particulier, on ne doit pas hésiter à la méthode de Volkmann qui donne toute sécurité à l'opération.

VIII

Traitement post-opératoire.

Il ne me reste qu'à dire quelques mots sur l'opportunité du traitement post-opératoire.

Depuis Volkmann, les chirurgiens ont reconnue la nécessité de recourir, dans la majorité des cas, au traitement orthopédique dans le but de détruire les adhérences qui pourraient subsister après la ténotomie ainsi que pour affaiblir les contractions des autres muscles qui tendraient à ramener la tête dans une attitude vicieuse.

Il s'agit donc de savoir qu'elle est la durée de ce traitement et s'il est toujours absolument indispensable après la section du sterno-cléido-mastoïdien.

La durée peut être variable suivant le cas.

Quelquefois 15 jours de traitement suffisent pour obtenir une bonne attitude ; on a même dit que le malade doit garder l'appareil pendant 2-3 mois.

M. Broca a coutume d'appliquer pendant une huitaine de jours l'extension continue dans la position horizon-

tale et s'en tient là comme appareil consécutif. Il pense même qu'on peut s'en passer, comme il l'a fait plusieurs fois sans avoir eu à s'en repentir.

Une fois la plaie cicatrisée, le massage du muscle et la mobilisation de la tête assurent la perfection du résultat.

Résultats obtenus par la ténotomie dans les torticolis musculaires chroniques.

Il est un point sur lequel je devrais m'arrêter un instant : c'est celui relatif aux résultats que l'on peut observer au bout d'un temps plus ou moins éloigné après la ténotomie dans le torticolis musculaire.

Voilà une question qui, certes, est extrêmement importante à connaître et à savoir, à priori pour ainsi dire ce que deviendra le malade ayant subi la section du muscle sterno-mastoïdien. Or, cette considération concernant l'avenir du malade me fournit l'occasion de pouvoir présenter plusieurs observations recueillies grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Broca, observations des petits malades dont quelques-uns ont été opérés par ce distingué chirurgien suivant la méthode sous-cutanée et d'autres suivant le procédé à ciel ouvert.

Tous ces malades vus par moi à des époques différentes après l'opération serviront de preuves en faveur de la ténotomie à ciel ouvert.

OBSERVATION IV

F..., Victor, âgé de 4 ans et 1/2, entre à l'hôpital Trousseau le 3 juin 1894.

Antécédents héréditaires. — Accouchement par le siège, mais sans intervention. Pas de fièvres, ni sueurs. Aucun collatéral perdu en bas-âge.

Antécédents personnels. — A l'âge de 2 ans, l'enfant a eu la petite rougeole, pas d'autre fièvre éruptive.

Historique. — La mère raconte qu'il ne semblait pas avoir rien d'anormal dans le cou en naissant.

Il part en nourrice au bout de 3 jours et est perdu de vue. Revient de nourrice à 3 ans, avec un torticolis gauche qui augmente progressivement.

Etat actuel. — Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche (chef sternal et un peu chef claviculaire) ayant l'aspect de corde tendue. Mais la déviation de la tête n'est pas considérable et certains mouvements de flexion et de rotation du côté gauche sont encore possible. La déviation est moyennement accentuée.

A la palpation, la corde mastoïdienne est très tendue et saillante.

Le 6 mai 1894, M. Broca pratique la ténotomie à ciel ouvert par une petite incision oblique entre les deux chefs.

Le 27 mai, minerve.

Revu le 27 juillet de la même année entièrement guéri.

J'ai vu ce petit malade le 17 février 1896, c'est-à-dire 23 mois après la ténotomie, époque suffisamment

éloignée pour que l'on puisse juger de l'excellent résultat et voici ce que j'ai pu constater :

Il ne présente aucune sorte d'inclinaison de la tête ; celle-ci est portée aussi droite que si l'enfant n'avait jamais rien eu.

Les mouvements de flexion et de rotation, se font d'une façon physiologique, normale,

La cicatrice linéaire est extrêmement peu marquée.

En résumé, la section à ciel ouvert a donné le résultat parfait.

Le cas suivant est intéressant en ce que la ténotomie sous-cutanée, a dû être transformée en ténotomie à ciel ouvert. L'enfant porte la tête dans une attitude absolument physiologique.

OBSERVATION V

B..., Gabrielle âgée de 11 ans et 1/2, entre à l'hôpital Trousseau le 19 septembre 1894. Elle habite 88, rue Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Père, mort tuberculeux ; mère bien portante, bonne grossesse, accouchement par présentation par le siège.

Antécédents personnels. — Quelques jours après la naissance, l'enfant est prise de convulsions ; envoyée en nourrice, la mère revoit l'enfant à l'âge de 7 mois, la tête était penchée.

A un an, elle fut atteinte de variole ; à l'âge de 5 ans la rou-

geole ; à 8 ans a eu la scarlatine, la vulvite. Depuis très bien portante, mais la tête est inclinée à gauche dans l'attitude de rotation à droite.

Le sterno-cléido-mastoïdien fait saillie tendant surtout en corde le chef sternal.

Le 20 septembre ténatomie par M. Broca du chef sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien. — La ténatomie sous-cutanée est essayée, mais on doit la transformer en ténatomie à ciel ouvert, la rétraction du chef claviculaire empêchant le redressement.

L'enfant sort guérie de l'hôpital le 28 octobre.

16 mois après l'opération, je suis allé voir la petite Gabrielle et après un examen attentif, je n'ai pu remarquer la moindre déviation du cou et de la tête. Tous les mouvements du cou se font librement ; l'enfant porte la tête dans la rectitude normale. Quant à la cicatrice, elle est pour ainsi dire invisible.

Voici une autre observation qui mérite d'être signalée à plusieurs points de vue, à savoir :

D'abord parce que au cours de la ténatomie sous-cutanée on blesse une veine superficielle, probablement la jugulaire externe.

Ensuite parce que la section sous-cutanée était insuffisante pour libérer toutes les brides fibreuses du chef claviculaire et que par suite l'on a du recourir à la méthode à ciel ouvert pour débrider les liens fibreux, surtout de la partie profonde.

Enfin, cette observation montre une fois de plus, que le procédé sous-cutané n'est pas une opération toujours suffisante pour obtenir une guérison radicale et surtout sans accident.

OBSERVATION VI

M..., Renée, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 18 juillet 1894 pour torticolis gauche.

L'enfant est venue au monde en présentation du siège.

La rétraction porte sur tout le chef claviculaire qui forme une corde très notable.

Opérée le 20 juillet. — Ténotomie sous-cutanée pendant laquelle on sectionne une veine superficielle probablement la jugulaire externe. On débride alors transversalement et on met à un ciel ouvert le chef claviculaire du sterno-mastoïdien. On voit alors que malgré la section sous-cutanée, il reste encore des brides fibreuses surtout à la partie profonde de la gaine. Section de ces brides à ciel ouvert. Sutures, pansement.

Elle sort de la salle le 2 août, guérie et entièrement redressée. Comme les parents de cette enfant habitent la province, il m'a été impossible de la voir et de l'examiner pour me rendre un compte exact de l'opération si compliquée, j'écrivis donc aux parents en les priant de me mettre au courant de l'état actuel de leur petite Renée. Voir d'ailleurs un passage de cette lettre :

« Nous sommes, ma femme et moi, entièrement

satisfaits de l'opération qu'a dû subir notre enfant.

1° Notre petite porte sa tête aussi droite que si elle n'avait jamais subi d'opération.

2° La cicatrice n'est pas très prononcée.

3° Elle fait tous les mouvements de tête absolument comme si elle n'avait jamais rien eu. »

Plus loin, le père fournit les renseignements suivants :

« Je joins ce petit mot, me dit le père, pour vous prévenir qu'il s'est produit un cas qui ne doit pas arriver chez tous les sujets à la suite de ces opérations .

Notre enfant est très forte et n'a jamais eu de gourme. A la suite de cette opération, il lui est venu 3 abcès à intervalle différent, qui ont nécessité l'ouverture de la cicatrice. De sorte qu'elle est plus apparente qu'elle ne devrait l'être en réalité. »

En résumé, voilà une petite malade dont les renseignements sont donnés 18 mois après l'opération et malgré les complications déjà signalées, ne présente aucune attitude vicieuse de la tête. La cicatrice, d'après le père, est très peu marquée.

OBSERVATION VII

B... Jeanne, 9 ans.

« Le père de l'enfant est mort à 44 ans d'une affection cardiaque ; il était syphilitique et buveur d'absinthe. Deux mois après son mariage, il donna la syphilis à sa femme dont il a eu 9 enfants.

Le premier, âgé de 10 mois, syphilitique en naissant, meurt d'une méningite ; le second syphilitique également en venant au monde, succombe à l'âge de 5 mois de la même affection que le premier ; le troisième atteint de la même affection contagieuse que les deux premiers et meurt de la méningite à 4 ans et 4 mois ; le quatrième né syphilitique, devient épileptique à 15 ans, et à l'âge de 26 ans il succombe à la suite d'une méningite ; enfin le cinquième enfant était épileptique, contracte la phtisie galopante à 20 ans et finalement la méningite l'emporte.

Quant aux quatre autres enfants qui sont encore vivants, j'apprends les particularités suivantes :

Fille de 18 ans née syphilitique, mais bien portante ; garçon de 11 ans 1/2 a eu une méningite à l'âge de un an. Depuis, il accuse des douleurs violentes dans l'abdomen et dans la tête durant toute la journée. — Pas de syphilis. Le troisième âgé de 27 ans, syphilitique en naissant souffre parfois de céphalalgie ; enfin le quatrième. C'est la malade qui m'intéresse.

En questionnant la mère j'apprends que cette fillette, au sortir du maillot (au dire de la mère) fut prise d'une méningite aiguë accompagnée des symptômes caractéristiques. La maladie dura 6 jours. L'enfant s'est rétablie bien vite. Cinq ans après une seconde méningite ; deux ans plus tard une crise de nerfs, suivant l'expression de la maman, dont la durée fut très courte.

Actuellement je remarque que les deux globes oculaires exécutent des mouvements oscillatoires rythmiques. Ce nystagmus se traduit par des mouvements rapides dans le sens horizontal.

La moitié de la face gauche présente un aplatissement

assez visible. Enfoncement notable de la narine du nez. Dents très mauvaises. Enfin, la petite malade, tout en ayant l'air intelligent, apprend ses devoirs difficilement.

Quant à l'inclination de la tête, elle daterait dès la naissance et que cette attitude vicieuse s'accroissait progressivement.

Arrivée à l'âge de 9 ans, Jeanne entre à l'hôpital Trousseau. Au mois de novembre 1895, M. Broca pratique, un mois après, la ténotomie sous-cutanée du sterno-cléido mastoïdien (chef sternal).

Le 30 janvier 1896, c'est-à-dire 3 mois après l'opération, je vis la malade et j'ai pu constater que les mouvements de la tête sont complètement libres. Pourtant, la tête et l'épaule du même côté ont une légère tendance à s'incliner vers le côté malade, ce que l'enfant corrige aisément quand il y fixe son attention. La cicatrice consécutive est invisible. A quoi donc attribuer cette tendance qu'a la tête de vouloir s'incliner vers le côté affecté ? Est-ce à l'habitude que la malade a contractée pendant la période de sa maladie ? C'est très possible, même très probable, puisqu'elle est ramenée à sa position normale quand l'enfant y songe.

OBSERVATION VIII

B... Daniel, âgé de 4 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denouvillier, le 28 juin 1895, pour torticolis congénital.

Père, a eu rhumatisme articulaire vers l'âge de 7 ans ;

Mère bien portante. Trois enfants sont nés à terme et élevés au biberon. Pas de fausses couches.

L'accouchement du petit Daniel fut très laborieux ; le travail a duré 3 jours. L'enfant est venu par le siège, et mesurait 54 centimètres.

N'a pas eu de convulsions. La déformation stéro-cleïdo-mastoïdienne gauche n'a commencé à être sensible que depuis la seconde année. Depuis elle s'est accentuée de plus en plus.

La face est légèrement irrégulière et a subi un aplatissement à gauche. Pas d'autres déformations.

Section du sterno-cléïdo-mastoïdien droit à ciel ouvert par une incision parallèle du chef sternal.

Il a fallu ensuite couper la moitié du chef claviculaire.

Le 11 juillet, ablation des fils. Pansement à l'iodoforme.

Le 25 juillet. Cicatrisation de la plaie. Massage.

Le 4 août. L'enfant sort guéri.

Je vis le malade au mois de janvier 1896, c'est-à-dire 7 mois après l'opération et l'enfant porte sa tête droite avec conservation de tous les mouvements. La cicatrice linéaire très minime.

Voici encore un cas de torticolis opéré par la méthode sous-cutanée dont on verra le résultat plus loin.

OBSERVATION IX

K... Lucien âgé de 11 ans $1/2$, entre à l'hôpital Trousseau, le 3 décembre 1895, pour torticolis du côté gauche datant depuis 4 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Quatre enfants dont l'ainé malade, le cadet atteint d'adénite cervicale, le troisième chétif, le quatrième est celui qui porte la tête inclinée.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme. Présentation du sommet. Elevé au biberon. A eu, à deux mois, entérite, diarrhée, plus tard rougeole. Vers 5 ans congestion pulmonaire accompagnée des crises convulsives.

Historique. — Le torticolis date de l'âge de 4 ans, et qui depuis quelque temps s'accroît beaucoup. A l'examen, on trouve à gauche de glandes volumineuses.

Le 5 décembre. Opération. Ténotomie sous-cutanée.

Etat actuel. — L'enfant porte la tête en adduction. Le 14 décembre. A gauche et en rotation à droite. Le 15 du même mois l'enfant quitte l'hôpital.

Après avoir examiné le petit malade 2 mois après l'opération, je constate que les mouvements sont normaux, que la cicatrice est invisible. La tête est penchée légèrement du côté affecté et est vite ramenée dans sa position normale, lorsque l'enfant se surveille.

OBSERVATION X

Z..., Lazare, âgé de 4 ans, est amené à l'hôpital Trousseau, salle Dononville, le 12 mars 1894, pour torticolis musculaire par rétraction du sterno-cléido-mastoïdien droit. Enfant né paralysé. La tête est penchée à droite, dans une légère extension et une légère rotation à gauche. L'épaule

droite est élevée, la moitié gauche de la face est un peu atrophiée et la région pariétale est nettement aplatie.

Les essais de redressement sont inutiles et mettent bien en évidence une corde musculaire dure et tendue qui fait saillie sous la peau et répond chef sternal rétracté du muscle sterno-cléido-mastoidien droit : le chef claviculaire faisant un certain degré de rétraction.

Le 14 mars, ténotomie à ciel ouvert du chef sternal en totalité et d'une portion du chef claviculaire. Extension continue par les pieds.

22 mois après la section à ciel ouvert, je constate : l'enfant porte la tête dans une attitude absolument physiologique, La cicatrice ici est plus marquée que dans les cas déjà signalés, les mouvements de rotation, d'extension et de latéralité se font sans aucune difficulté.

OBSERVATION XI

C..., André âgé de 28 mois. L'enfant entre à l'hôpital Trousseau le 5 juillet 1894.

Antécédents héréditaires. — Un seul enfant. Accouchement par le siège pas très laborieux.

Historique. — A la naissance on n'a pas remarqué le torticolis. La mère s'en est seulement aperçu il y a 1 mois. Actuellement torticolis très net du côté droit.

Etat actuel. — Aucune douleur. Le sterno-cléido-mastoidien est tendu comme une corde et ne permet qu'une très légère inclinaison de la tête du côté opposé.

La tête est constamment penchée du côté droit.

Le 15 juin, section à ciel ouvert. Extension continue en appareil. Reste 15 jous. Minerve le 5 juillet. Exeat. Revu 15 mai 1895. Résultat parfait. Cicatrice à peu près invisible.

Désireux de connaître le résultat, je suis allé voir l'enfant (15 mars 1896) et j'ai pu constater : que le petit malade porte la tête droite, tous les mouvements sont entièrement libres. La cicatrice est à peine visible.

Dans les observations suivantes, je n'ai pas pu retrouver les adresses laissées par leurs parents à l'hôpital je me bornerai seulement à les mentionner telles que M. Broca a bien voulu me les confier.

OBSERVATION XII

P... Aline, âgée de 2 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 4 octobre 1894, pour torticolis.

Antécédents personnels. — Connue dès la naissance. Venu par le siège.

Etat actuel. — Torticolis du sterno-mastoïdien droit. Tête un peu inclinée sur l'épaule droite, ne peut s'étendre en arrière ni incliner sur l'épaule. La face regarde légèrement à gauche.

Le 6 octobre. Incision des deux chefs sterno-mastoïdiens par une incision transversale longue de 2 cent.

Le 22 octobre. Ablation des fils. Massage tous les jours.

Le 19 novembre, sortie de l'hôpital guérie, mais revient pour les massages 2 fois par semaine. Bon résultat.

OBSERVATION XIII

L... Henri. L'enfant entré à l'hôpital Trousseau le 19 mars 1894, pour torticolis droit. Il est âgé de 5 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Primipare, présentation par le siège. Couches très pénibles. Père et mère bien portants.

Historique. — L'enfant présentait depuis la naissance une flexion de la tête sur l'épaule droite ; mais sans raideur dans les mouvements de la tête, ni douleur, ni gêne, on n'a remarqué aucun hématome. Cette inflexion se serait accentuée depuis la résistance.

Etat actuel. — L'enfant présente une déviation d'environ 15° par rapport à l'axe de la tête, à droite. Cette déviation est causée par le chef sterno-mastoïdien.

Antécédents personnels — Abscessus chaud à 3 ans 1/2 à la région moyenne et latérale de la cuisse gauche à la suite d'une contusion de genou. Rougeole il y a 6 semaines pendant 12 jours. Le 21 mars, incision de la peau parallèle à la clavicule à un travers de doigt au-dessus. Après chloroformisation et lavage antiseptique, section des 2 chefs du sterno-mastoïdien.

Dans le fond de la plaie on voit le confluent de la veine jugulaire et de la sous-clavière intacte. Suture de la peau au crin de Florence. Mobilisation de la tête pour rompre les dernières adhérences. Pansement à la gaze aseptique. Extension continue. Appareil plâtré. Bon résultat.

OBSERVATION XIV

Dub... Marie, 6 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Giralès, le 28 septembre 1894, pour torticolis du côté gauche.

Venu par le sommet. Pas de torticolis à la naissance. A l'âge de 3 mois on constata l'attitude vicieuse de la tête. Les 2 chefs du sterno-cléido-mastoïdien sont pris surtout le chef sternal. La tête est un peu en flexion à gauche et en rotation à droite. La rotation à gauche est gênée, mais surtout la flexion de la tête sur l'épaule droite.

Le 28 septembre, ténotomie sous-cutanée des 2 chefs du sterno-cléido-mastoïdien, puis, comme cela saignait un peu, on fait une incision de 3 cent. C'était une veinule qui donnait. Deux points de sutures. Pansement à la gaze iodoformée. Sortie le 14 octobre en bon état.

L'enfant étant actuellement à la campagne j'ai dû me contenter des renseignements donnés par le père de la petite malade :

Mon enfant, dit le père, va on ne peut mieux, elle fait tous les mouvements de son cou, porte sa tête droite. Je ne vous parle pas de la cicatrice, car elle est toute petite, invisible. En somme je suis extrêmement content du résultat.

On voit par cette déclaration, que depuis sa sortie de l'hôpital (21 mois après,) Marie Dubois est complètement guérie.

OBSERVATION XV

B..., Emile, âgé de 11 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 30 septembre 1895, pour torticolis.

Opération le 6 novembre : section sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien (chef sternal et claviculaire).

Résultat : les mouvements de la tête sont entièrement libres. Plus de douleur. L'épaule droite cependant a encore une légère tendance à s'incliner, ce que le malade corrige vite, quand il fixe son attention.

Barad quitte l'hôpital le 20 novembre 1895 en laissant une fausse adresse, n'a pu être revu.

OBSERVATION XVI

Torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien gauche.

Section des deux chefs à ciel ouvert.

G..., André, 7 ans et 1/2, entré le 27 avril 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Denovillier.

Hérédité nulle. Enfant unique.

Né à la campagne, à terme. Présentation de la tête ; l'accouchement a été fait par une sage-femme, le travail a duré 4 heures, grandes douleurs 1 heure, pas de forceps.

Enfant un peu chétif, jusqu'à l'âge d'un an, mais de bonne santé habituelle.

Dès la naissance, on remarque que la tête est inclinée à gauche, et la déviation d'abord peu accentuée s'est aggravée peu à peu.

Actuellement, on constate un torticolis fort prononcé par rétraction de deux chefs du sterno-mastoïdien gauche avec atrophie du trapèze gauche. Hémiatrophie, à gauche, de la face, du crâne et du thorax.

Le 1^{er} mai 1896, section à ciel ouvert, par incision transversale, de deux chefs des sterno-mastoïdien gauche. Extension continue.

Dès le lendemain, le malade tourne très facilement de tous les côtés, sans gêne ni douleur.

9 mai. Ablation des fils ; réunion immédiate. Exeat.

25 juin. L'enfant est revu ; le résultat est excellent

OBSERVATION XVII

Torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien droit. Section des deux chefs à ciel ouvert.

L. Albert, 14 ans, est entré le 1^{er} juin 1896, à l'hôpital Trousseau, salle Denovillier.

Hérédité nulle.

L'enfant est né, à terme ; le travail a duré 2 jours et la présentation s'est faite par les pieds ; mais l'enfant a été retourné et s'est présenté ensuite « par la mâchoire » ; pas de foriceps.

Depuis la naissance on a remarqué la tendance de la tête à être tenue de travers ; depuis l'âge de 3 ans, la déviation est devenue plus accentuée et s'est peu à peu aggravée. Actuellement, tête inclinée sur l'épaule droite, face en rotation à gauche. Quand on veut redresser la difformité les deux chefs du sterno-mastoïdien droit se tendent en une corde qui s'y oppose ; le trapèze droit est atrophié, de même les muscles de la nuque de ce côté. La ligne des apophyses épineuses présentent à la région cervicale une concavité droite et à la région dorsale une très légère concavité gauche de compensation. Atrophie assez nette de la moitié du côté du crâne ; aplatissement de la moitié correspondante du thorax.

Le 5 juin 1896, section à ciel ouvert, par incision transver-

sale, des deux chefs du sterno-mastoïdien ; extension continue.

Le 12 juin. Ablation des fils, réunion immédiate.

Le 14 juin. Exeat, tournant librement la tête.

OBSERVATION XVIII

Torticolis sterno-mastoïdien ; section des deux chefs à ciel ouvert.

D..., Raymonde, 6 mois, entrée le 23 août 1894 à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Hérédité nulle.

Accouchement à terme, par le sommet, facile. La mère ne s'est aperçu de la difformité que 3 mois après la naissance.

Actuellement, torticolis sterno-mastoïdien droit par rétraction des deux chefs.

Le 23 août, section des deux chefs à ciel ouvert, par une incision parallèle à la et entre les deux.

Exeat le 17 septembre, sans aucune déviation.

OBSERVATION XIX

Torticolis sterno-mastoïdien ; récidence, après ténotomie sous-cutanée. Section à ciel ouvert.

C..., Marguerite, 9 ans, entrée le 4 janvier 1896, salle Giraldès, à l'hôpital Trousseau.

Accouchement ?

Torticolis sterno-mastoïdien gauche, congénital. Ténotomie pratiquée il y a 6 ans.

Le 7 janvier 1896. Ténotomie à ciel ouvert.

Le 31 janvier. Exeat, guérie.

OBSERVATION XX

Torticolis sterno-mastoïdien ; section à ciel ouvert.

B..., Henriette, entrée le 4 mai 1896, à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Antécédents héréditaires. — Père : Nuls.

Antécédents héréditaires. — Mère : Torticolis musculaire congénital du sterno-mastoïdien (deux chefs) gauche : déviation des traits de la face, élévation de l'épaule gauche.

Seule atteinte de torticolis sur une famille de 16 enfants.

Présentation de la tête ?

Antécédents personnels. — Née à terme par le siège. Nourrie au biberon.

L'affection a été découverte à 28 jours, mais était peu reconnaissable. A marché à 18 mois.

Actuellement, la malade présente la tête légèrement inclinée à droite, la face tournée à gauche. Le cou, vu par sa face antérieure, montre la corde tendue que forme le chef claviculaire rétracté du sterno-mastoïdien. En arrière, le trapèze du côté opposé par une saillie assez marquée bien qu'il ne soit nullement rétracté, mais seulement contracté.

A la palpation, le chef claviculaire du sterno-mastoïdien produit la sensation d'une corde dure, tendue.

La face présente une légère déviation du côté affecté, mais si légère qu'il faut de l'attention pour s'en apercevoir : la ligne du sourcil ne descend plus, la fente oculaire l'est également, le sillon naso-génien est plus accentué et se rapproche davantage de la verticale, de même la fente buccale est inclinée à gauche.

En arrière, la palpation révèle un léger degré de sclérose au niveau des 3 ou 4 vertèbres cervicales.

Le 15 mai. Ténotomie à ciel ouvert (incision longitudinale) des deux chefs du sterno-mastoïdien.

La malade sort guérie de son affection, mais cependant la tête reste toujours légèrement à droite bien que tous les mouvements sont revenus normaux.

OBSERVATION XXI

Torticolis par rétraction des deux chefs du sterno-mastoïdien droit. Section à ciel ouvert.

• K... Suzanne, 5 ans.

Hérédité nulle.

• Premier et seul enfant. Avortement par le sommet, 15 jours avant le terme.

• Il y a quelques mois seulement qu'un ami de la famille, n'ayant pas vu l'enfant depuis très longtemps, a remarqué la déviation de la face. Depuis cette époque, les parents n'ont pas constaté que la difformité se soit modifiée.

On me présente l'enfant à la fin d'août, et je constate un torticolis médiocrement accentué mais très net, par rétraction des deux chefs du sterno-mastoïdien droit, et surtout du chef claviculaire.

Le 15 septembre 1896, je pratique le ténotomie sous-cutanée, mais je me rends compte que je ne peux ainsi couper complètement le chef claviculaire. J'achève donc à ciel ouvert, après incision oblique entre les deux chefs du muscle.

Le 21 septembre, ablation des fils. La tête est très droite et est avec souplesse portée dans tous les sens.

OBSERVATION XXII

Torticolis par rétraction des deux chefs du sterno-mastoïdien gauche.

Section à ciel ouvert.

G..., Jeanne, entrée le 24 juillet 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Hérédité nulle.

Accouchement par le sommet ; tête transversale ?

La déviation de la tête ne serait connue que depuis 3 ans ; en tout cas, depuis cette époque elle s'est peu à peu aggravé.

Actuellement, torticolis sterno-mastoïdien gauche, avec asymétrie cranio-facial légère ; un peu de scoliosé cervico-dorsale de compensation.

La réduction porte sur les deux chefs du muscle.

Le 25 juillet 1896. Section des deux chefs à ciel ouvert.

Le 2 août. Exeat, guérie.

OBSERVATION XXIII

Torticolis par rétraction du chef sternal du sterno-mastoïdien droit.

Ténotomie sous-cutanée.

G..., Louise, 7 ans, entrée le 27 janvier 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Père mort de syphilis ; mère ayant eu deux atteintes de rhumatisme articulaire.

Née le 13 janvier avant terme, par le siège ; mais couches assez faciles et rapides.

La mère n'a pas remarqué jusqu'à ces derniers temps que

la tête fut déviée, et c'est à un phlegmon du cou qu'on a attribué la difformité.

L'enfant a en effet été présentée à la consultation de l'hôpital Trousseau, dans les derniers jours d'octobre 1895, pour un adéno-phlegmon de la nuque à droite par phthirion du cuir chevelu. Cet abcès a été ouvert et a rapidement guéri, mais la tête est restée en attitude vicieuse du torticolis sternomastoïdien droit. Ce muscle fait sous la peau une corde tendue très nette.

On reçut donc l'enfant dans le service le 12 novembre, et la soumet à l'extention continue, qu'améliora la déviation mais ne la corrigea pas complètement et il présentait un peu d'inclinaison lorsque, le 2 décembre, l'enfant sortit de l'hôpital. Dès l'extension cessée, le torticolis a devenu à peu.

Le 30 janvier 1896, ténotomie sous-cutanée du chef stomal droit, seul rétracté.

Le 5 février, exéat, la tête bien redressée.

D'après ces observations de torticolis traités tantôt par la ténotomie sous-cutanée, tantôt par la section à ciel ouvert et en comparant les résultats obtenus par ces deux méthodes, on peut, je crois, tirer la conclusion suivante :

Que la méthode à ciel ouvert doit être préférée dans tous les cas de torticolis, car elle permet au chirurgien d'éviter d'abord les accidents que peut donner naissance la ténotomie sous-cutanée, de plus elle permet de sectionner toutes les brides siégeant profondément et pouvant s'opposer au redressement de la tête ce qu'on

n'obtient pas toujours, comme je l'ai déjà dit, par le procédé sous-cutané.

M. le professeur Charon, de Bruxelles étant partisan de la méthode le ciel ouvert s'exprime ainsi :

L'opération à ciel ouvert, dit ce chirurgien distingué, en incontestablement destinée à remplacer le procédé sous-cutané dans toutes les applications de la ténotomie ; elle à l'avantage de la sécurité et de l'efficacité ; dans tous les cas pour lesquels nous l'avons vu employer, le redressement a été obtenu d'une façon complète, et la guérison de la plaie opératoire s'est toujours effectuée sans suppuration, ni complication quelconque. — C'est également l'avis de Phocas (Revue d'orthopédie p. 355, 1891) qui dit :

« J'ai pu rassembler un certain nombre d'observations de torticolis opérés par la méthode le ciel ouvert. Toujours le résultat était bon avec un traitement orthopédique minime, tandis que S. Guérin avoue que la déformation existe encore dans $\frac{1}{3}$ des cas au bout de deux ou 3 ans après, quant on a opéré par la méthode sous-cutanée.

L'efficacité de la méthode à ciel ouvert ne peut être mise en doute, sa sécurité est absolue ; quant à son opportunité elle paraît contestable chez les jeunes filles, à cause de la cicatrice.

Mais si on arrive à l'aide du procédé opératoire que j'ai décrit à rendre la cicatrice minime et cachée, je ne

vois plus de raison pour rejeter la ténatomie à ciel ouvert. »

J'ai pu me convaincre de visu que les enfants qui ont été opérés par la ténatomie sus-cutanée présentent, au bout d'un temps variant d'un à deux ans, une légère inclinaison de la tête du côté affecté tandis que les enfants ayant subi la section à ciel ouvert du sterno-cléido-mastoïdien ne conserve aucune trace de leur ancienne difformité sauf la cicatrice qui, bien qu'elle peu soit visible, est plus prononcée à la suite du second procédé.

Si j'ajoute aux résultats éloignés de chaque procédé les inconvénients bien réels de la ténatomie dont j'ai déjà suffisamment parlé du cours de cette étude je crois pouvoir me rallier entièrement à l'opinion de M. le professeur Charon, de Bruxelles.

CONCLUSIONS

1° Le torticolis sterno-mastoïdien s'observe avec une fréquence particulière chez les enfants venus au monde en présentation du siège. Or, dans ce mode d'accouchement, la rupture du muscle avec trachelhématome, n'est pas rare. On peut donc se demander si le torticolis n'est pas la suite de cette rupture et parfois, en effet, on suit avec netteté cette filiation. Mais il est certain également que bon nombre de nouveaux-nés atteints de trachelhématome échappent au torticolis. La quantité, il est vrai, est encore difficile à juger par certain fait où l'enfant, né par le siège, ne paraît atteint de torticolis que tardivement, à la suite d'une adénophlegmon cervical, par exemple (Ob. XXII), le torticolis étant à partir de là, permanent et identique au torticolis dit congénital. Il est à noter aussi parfois que la déviation, manifestement congénital, mais d'abord légère, s'aggrave à partir d'un certain âge.

2° Le traitement de choix est la ténotomie à ciel ouvert, qui seule permet de *sectionner complètement les deux chefs du muscle*, avec certitude de ne léser aucun vaisseau important.

Or, la rétraction limitée au chef sternal est plus rare qu'il n'était classique d'admettre à l'époque où les complications sceptiques avaient jeté le discrédit sur la ténotomie à ciel ouvert. Le seul argument contre l'opération à ciel ouvert est la nécessité d'une cicatrice, ce qui conserve à la méthode sous-cutanée des partisans quand le sujet appartient au sexe féminin. Mais la cicatrice chez tous les malades que j'ai vu était réellement insignifiante : elle sera peu visible si la plaie est bien aseptique.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Kirmisson. (Leçons cliniques sur maladies de l'appareil locom. Paris 1890).

Paulet et Bauchut. (t. II, p. 759).

Le Breton. (Thèse, Paris 1883).

Blachet et Planteau (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris 1876, p. 305).

Sandolt, (*Bulletin médical*, 1890).

Simon. (Maladies des enfants, t. I, p. 182).

Renouard. (*Revue médicale*, 1852, t. I, p. 573).

Phocas. (*Gazette des Hôpitaux*, 23 octobre 1890).

Ioba Mekren. (Obs. méd. chir. cap. XXXIII, Amsterdam 1862).

Roonhysen, (Historische Heilcuren, Nuremberg 1674).

Delpeche. (Chir. clin., t. I, p. 184, Montpellier 1823).

Volkmann. *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, p. 233.

Gunter. (Lohre von den blutigen Oper. Abtheil., p. 16).

Guérin. *Gaz. méd.*, Paris 1839).

— (Mém. sur torticolis et trait. par sect. du 1^{er} mast. 1840).

Société chir. 1872.

Duval P. E. M. (Section à ciel ouvert du ster. cl. mast. 1892).

Charon. Chir. infantile, p. 21, 1895. Bruxelles.

Volkmann. (*Centr. bl.* n° 7, 1885).

Phocas. (*Revue Orthop.*, p. 353, 1891).



